



Asociación Urológica de
Centroamérica y el Caribe

Cistitis Eosinofílica Patología poco Frecuente. Reporte de un Caso y Revisión de Literatura.

Eosinophilic Cystitis Rare Pathology. Case Report and Literature Review.

Leidi Diana Hernández¹, Guillermo Fuentes².

(1) **Medico, Cirujana, Uróloga, departamento de Urología.** Hospital Nacional Rosales, El Salvador.

(2) **Medico, Cirujano, Residente de 3° año de Urología.** Hospital Nacional Rosales, El Salvador

Correo electrónico: leidihernandez.ldhj@gmail.com

Esta Investigación fue financiada con recursos propios. Declaramos no tener ningún conflicto de interés.

Fecha de envío: 20.04.2022

Fecha de aceptación: 09.02.2023

Fecha de publicación: 15.02.2023

RESUMEN

OBJETIVO: presentar el caso clínico de un paciente con diagnóstico de cistitis eosinofílica al que se le realizó resección transuretral de tumor vesical (RTU-TV).

ANTECEDENTES: La cistitis eosinofílica es una condición inflamatoria muy rara de la vejiga. Implica la inflamación transmural con predominio fuerte de eosinófilos en la pared de la vejiga con fibrosis con o sin necrosis del músculo.

CASO CLINICO: paciente femenina de 30 años con historia de 6 meses de presentar hematuria macroscópica, ocasional, con expulsión de coágulos pequeños, redondos, que cede con la ingesta de agua. Además refiere disuria, estranguria y dispareunia. Se realiza ultrasonido, el cual reporta la presencia de masa vesical; TAC Abdomino-Pélvica: tumor vesical de 2 x 3 cms en piso y fondo vesical. Se realiza RTU-TV. En la biopsia se concluye: Cistitis Glandularis con metaplasia intestinal asociada a una cistitis eosinofílica. Se trata con antihistamínicos por 1 mes, esteroides por 15 días y antibiótico por 7 días presentando remisión completa.

RESULTADO: patología poco frecuente la cual se logró reseccionar en vejiga vesical de forma completa. Se administró esteroides y antialérgicos por 4 semanas presentando remisión completa de la enfermedad.

CONCLUSIONES: la RTU-TV más terapia con esteroides y antihistamínicos están indicados en este tipo de patología. Es necesario el control y seguimiento riguroso del paciente.

PALABRAS CLAVE

RTU-TV, Cistitis Eosinofílica, Masa Vesical.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to present the clinical case of a patient with a diagnosis of eosinophilic cystitis who underwent transurethral resection of bladder mass.

BACKGROUND: Eosinophilic cystitis is a very rare inflammatory condition of the bladder. It involves transmural inflammation with a strong predominance of eosinophils in the bladder wall with fibrosis with or without muscle necrosis.

CLINICAL CASE: female of 30 year old patient with a 6 month history of presenting macroscopic, occasional hematuria, with expulsion of clots, which subsides with water intake. Also refers to dysuria, stranguria and dyspareunia. USG is performed which concludes bladder mass; Abdomino-Pelvic CT concluded 2 x 3 cm bladder tumor on the floor and bladder fundus. TUR-BT is performed. In biopsy, it concludes: Glandularis cystitis with intestinal metaplasia associated with eosinophilic cystitis. It is treated with antihistamines for 1 month, steroids 15 days and antibiotic for 7 days, presenting complete remission.

RESULT: it is a rare pathology that was possible to resect a complete bladder mass. Steroids and antihistamines were administered for 4 weeks, presenting complete remission of the disease.

CONCLUSIONS: TUR-BT (transurethral resection of bladder tumor) plus steroid and antiallergic therapy are indicated in this type of pathology. Rigorous control and monitoring of the patient is necessary.

KEYWORDS

TUR-BT, Eosinophilic Cystitis, Bladder Mass.

INTRODUCCIÓN

La cistitis eosinofílica es una condición clínica patológica rara, caracterizada por inflamación transmural de la vejiga predominantemente con eosinófilos, asociada con fibrosis con o sin necrosis muscular¹.

La causa sigue sin estar clara, aunque se ha asociado con varios factores etiológicos como alergia;

tumor vesical; traumatismo vesical; infecciones parasitarias y agentes quimioterapéuticos. Es probablemente causada por la reacción antígeno-anticuerpo^{1,2,4}.

Esto conduce a la producción de diversas inmunoglobulinas que a su vez, provocan la activación de eosinófilos e inicia el proceso inflamatorio. El complejo de síntomas más común consiste en frecuencia, hematuria, disuria y dolor suprapúbico^{1,2,3}.

La cistoscopia y biopsia son el estandar de oro para el diagnóstico. Las pruebas de laboratorio adicionales que apoyan el diagnóstico incluyen proteinuria, hematuria microscópica y eosinofilia periférica, esta última presentándose en pocos pacientes¹.

No existe tratamiento curativo para esta condición. Las modalidades de tratamiento actuales incluyen la resección transuretral de la lesión de la vejiga junto con un tratamiento médico no específico, como antiinflamatorios no esteroideos o esteroides. Debido a que la lesión tiende a reaparecer a pesar de la terapia anterior, es obligatorio un seguimiento a largo plazo⁴.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 30 años con historia de 6 meses de presentar ocasionalmente hematuria macroscópica, con expulsión de pequeños coágulos redondos que cede con la ingesta de agua; además refiere disuria, estranguria y dispareunia. No historia de automedicación, niega otra sintomatología.

Antecedentes: No antecedentes médicos, no quirúrgicos, no tabaquistas, no etilista. Madre de paciente con cáncer de tiroides.

Examen físico: Abdomen: plano, blando y depresible, peristaltismo presente y normal, no se palpan masas, no hernias, no se observan cicatrices, leve dolor suprapúbico a la palpación.

USG ABDOMINAL: masa en piso vesical de características infiltrativas a la pared de más o menos 2.4 x 3.2 x 2.4 cms (Imagen 1).

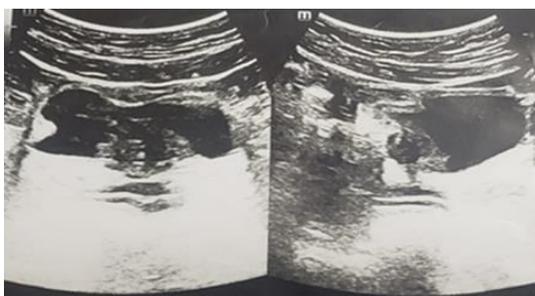


Imagen 1. Ultrasonografía vesical

Se realiza cistoscopia con los siguientes hallazgos: Vejiga con meatos ureterales ortotópicos, eyaculando orina clara. Se observan trabeculaciones en mucosa vesical y

masa de más o menos 2 x 2 cms en piso vesical que se extiende a fondo vesical, sangrante, tipo buloso.

TAC ABDOMINO PÉLVICO: masa en piso vesical de 2 x 2 cms, resto sin anormalidades (Imagen 2).



Imagen 2. TAC abdomino- pélvico se observa masa vesical

EXAMENES DE LABORATORIO: hemoglobina: 14.5 g/dl, hematocrito: 43.1%, plaquetas: 481 xmm³, glóbulos blancos: 10,400 x mm³, neutrófilos: 73.5%, linfocitos: 19.2%, eosinófilos: 0.7%.

EXAMEN GENERAL DE ORINA: color: amarillo, olor: sui-generis, aspecto: limpia, densidad: 1024, ph: 5.5, esterasa leucocitaria: 5-6 x campo, bacterias: 790 ul.

QUIMICA: glucosa: 63 mg/dl, nitrógeno de urea: 12 mg/dl, creatinina: 0.80 mg /dl, sodio: 139 meq/l, potasio: 3.6 meq/l.

COAGULACION: tiempo de protrombina: 7.6 seg., INR: 0.73, tiempo de tromboplastina parcial: 19.3 seg, tiempo de trombina: 17 seg.

Se decide realizar Resección Transuretral de Tumor de Vejiga (RTU-TV), encontrando los siguientes hallazgos: Uretra sana, elevación en piso vesical debido a masa de 2 x 2 cms, bulosa, color rosado, al momento no sangrante, meatos ureterales ortotópicos, eyaculando orina clara, Se reseca más o menos 3 grs. (Imagen 3),

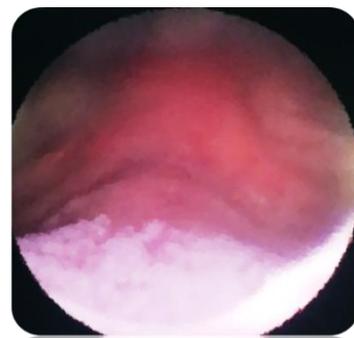


Imagen 3. Cistoscopia

REPORTE DE PATOLOGÍA: CISTITIS GLANDULARIS CON METAPLASIA INTESTINAL ASOCIADA A UNA CISTITIS EOSINOFÍLICA, CAPA MUSCULAR DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES.

Tratamiento: levofloxacina 750 mg 1 tableta v.o cada día por 7 días, Cetirizina 10 mg 1 tableta v.o cada día por 30 días, prednisona 5 mg 1 tableta v.o cada día por 15 días.

Evolución del paciente satisfactoria, sin síntomas urinarios.

Se realiza cistoscopia control sin anomalías.

DISCUSIÓN

La cistitis eosinofílica es una condición inflamatoria muy rara de la vejiga. Fue descrita por Brown y Palubinskas en 1960¹.

Implica la inflamación transmural con predominio fuerte de eosinófilos en la pared de la vejiga con fibrosis, con o sin necrosis del músculo¹.

La causa y la patogénesis de la enfermedad no están claras y no se comprenden completamente. Se especula que se forma un complejo antígeno-anticuerpo en la exposición del antígeno en la vejiga. Esta respuesta inducida por IgE conduce a la degranulación de mastocitos, atrayendo así a los eosinófilos y causando una respuesta inflamatoria con daño tisular. Se han propuesto muchas etiologías y asociaciones con otras enfermedades. Estos incluyen diferentes medicamentos, lesiones de vejiga, irritación crónica de la vejiga como resultado de la cirugía de vejiga, parasitosis, alergia a alimentos y medicamentos, infección del tracto urinario, carcinoma urotelial, trastornos autoinmunes y enteritis eosinofílica.

Es importante centrarse en esta enfermedad rara, ya que la presentación sintomática y clínica variable de la cistitis eosinofílica puede llevar a un retraso en el diagnóstico y el tratamiento. A su vez, el tratamiento tardío o insuficiente de la cistitis eosinofílica puede conducir a un aumento de las molestias para el paciente debido a la posible cronicidad de la enfermedad, así como a la recurrencia de los síntomas^{1, 2, 3}.

Los síntomas más comunes incluyen: poliuria, disuria, hematuria macroscópica, dolor suprapúbico (todos estos síntomas los presentó la paciente del caso ya descrito), nocturia, retención urinaria (raro)^{1, 2, 3}.

El tratamiento no está estandarizado y las modalidades descritas así como el procesamiento han variado de un caso a otro. Consiste, en primer lugar, en la supresión del agente alérgico. Los corticosteroides se usan como segunda línea, posiblemente combinados con antihistamínicos. En caso de mala respuesta al tratamiento con corticosteroides, se puede ofrecer tratamiento con ciclosporina. Se han propuesto muchos protocolos, pero sin éxito convincente como las instilaciones de nitrato de plata, azatioprina o mitomicina C⁷.

En caso de fracaso del tratamiento médico, o en caso de complicaciones, la cirugía se vuelve fundamental. Se puede discutir la resección endoscópica de lesiones, la cistectomía parcial o incluso la enterocistoplastia. La monitorización es esencial para detectar una complicación y evaluar la efectividad del tratamiento^{1, 4, 5, 6, 8}.

CONCLUSIONES

La Cistitis Eosinofílica es una enfermedad rara. El diagnóstico es histológico. Los pacientes a menudo presentan síntomas y signos clínicos comunes a otros trastornos urológicos, como una infección del tracto urinario o un tumor maligno.

No existe un tratamiento estandarizado, pero los tratamientos comunes y efectivos incluyen esteroides, antihistamínicos y cirugía, a menudo combinados. Es necesario un control y seguimiento estricto y riguroso.

BIBLIOGRAFÍA

1. P.S.Teegavarapu, A.Sahai, A.Chandra, Hospital, Department of Pathology, Guy's and St Thomas' NHS Trust, London, UK 06 January 2005 Eosinophilic cystitis and its management. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2004.00421.x>
2. G Martino , A Torcasio, C Iavarone, Nov-Dec 2005. Eosinophilic cystitis associated with urethral stricture disease from pelvic trauma. Case report and literature review.
3. Rossanesi M. Palumbo V Sioletic S, Urol Int 2019;102:122-124, Surgical Treatment of Eosinophilic Cystitis in Adults. <https://doi.org/10.1159/000485257>
4. Kays Chaker, Abdelrazek Bouzouita, Marwa Gharbi Published online 2018 sept. 20. Diagnostic et prise en charge des cystites à éosinophiles. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.03.142>
5. R Ferrero Doria, G Ortuño Pacheco, P L Guzmán Martínez-Valls, Actas Urol Esp 1997 Abril; 21 :385-90. Eosinophilic cystitis
6. Shahriar Raj Zaman, Tersia L Vermeulen, Jeremy Parry, BMJ Case Rep. 2013; Publicado en línea 2013 Sep 6. Cistitis eosinofílica: tratamiento con esteroides intravesicales y antihistamínicos orales.
7. Karina Søndergaard Mosholt, Claus Dahly Nessn, Htun Azawi BMJ Case Rep. 2014; Eosinophilic cystitis: three cases and one review over 10 years. <https://doi.org/10.1136/bcr-2014-205708>
8. S Hirano, K Kobashi, K Yamaguchi, O Ueki, 1983 Oct ;29, Eosinophilic cystitis: a report of 2 cases.
9. Palubinskas AJ: Cistitis eosinofílica. Caso de infiltración eosinofílica de la vejiga urinaria. Radiología 1960; 75:589-591.
10. Hellstrom HR, Davis BK, Shonnard JW: Cistitis eosinofílica. Un estudio de 16 casos. Am J Clin Pathol 1979; 72:777-784. <https://doi.org/10.1093/ajcp/72.5.777>

Copyright (c) 2023 Leidi Diana Hernández y Guillermo Fuentes.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)